DES

2e SÉRIE.

N° 945.

KYSTES HYDATIQUES

DES POUMONS.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le jeudi 22 novembre 1866, à 4 heures du soir,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT GUILLÉ,

de Poitiers (Vienne),

ÉLÈVE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

STRASBOURG,

IMPRIMERIE DE VEUVE BERGER-LEVRAULT, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE.

1866.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Puisse ma reconnaissance vous récompenser de tout l'amour que vous avez eu pour moi.

A MA SŒUR

Amitié sincère.

A MON ONCLE ANGÈLE

Vive affection.

ALBERT GUIL

A MONSIEUR SAMUEL DOUCET

DOCTEUR EN MÉDECINE

Gratitude.

ALBERT GUILLÉ.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

PROFESSEURS.

MM. EHRMANN O ✻, Doyen . Anatomie et anatomie pathologique.
FÉE O ✻. . . . . Botanique et histoire naturelle médicale.
STOLTZ O ✻ . . . . . . Accouchements et clinique d'accouchements.
CAILLIOT ✻ . . . . . . Chimie médicale et toxicologie.
RAMEAUX ✻ . . . . . . Physique médicale et hygiène.
G. TOURDES ✻ . . . . . Médecine légale et clinique des maladies des enfants.
SÉDILLOT C ✻. . . . . } Clinique chirurgicale.
RIGAUD ✻ . . . . . . }
SCHÜTZENBERGER ✻ . . Clinique médicale.
STŒBER ✻ . . . . Pathologie et thérapeut. gén., et clinique ophthalmologique.
KÜSS . . . . Physiologie. } Clinique des maladies syphilitiques.
MICHEL. . . . . Médecine opératoire. }
L. COZE . . . . Thérapeutique spéciale, matière médicale et pharmacie.
HIRTZ ✻. . . . . Clinique médicale.
WIEGER . . . . Pathologie médicale.
BACH . . . . Pathologie chirurgicale.

M. R. COZE O ✻, doyen honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. STROHL.
HELD.
KIRSCHLEGER.
DAGONET.
HERRGOTT.
KŒBERLÉ ✻.

MM. MOREL.
HECHT.
BŒCKEL (E.).
AUBENAS.
ENGEL.
P. SCHÜTZENBERGER.

MM. DUMONT.
ARONSSOHN.
SARAZIN.
BEAUNIS.
MONOYER.

AGRÉGÉS STAGIAIRES.

MM. FELTZ, BOUCHARD, RITTER.

M. DUBOIS, secrétaire agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE.

MM. WIEGER, président.
TOURDES.
HECHT.
ENGEL.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

DES KYSTES HYDATIQUES

DES POUMONS.



INTRODUCTION.

Nous voyons chaque jour, dans les cliniques, une même cause, le froid ou l'humidité, par exemple, engendrer des maladies différentes : névralgies, fièvres, rhumatismes et paralysies. Le temps pendant lequel cette cause agit, sa quantité de force, d'une part, l'impression variée que doivent en ressentir les tempéraments divers, d'autre part, nous servent d'explication imparfaite, il est vrai; pourtant notre diagnostic est aisé, et notre plan de traitement en ressort. Mais quand le contraire a lieu; quand des causes différentes ont produit des effets semblables; quand plusieurs affections présentent un ensemble de symptômes communs, le diagnostic devient plus difficile, le praticien nouveau surtout hésite; il est impatient, il étudie chaque signe à part, compare, discute en lui-même et, à force de volonté, parvient à bien juger; encore a-t-il besoin de s'assurer auprès d'un plus savant que lui.

En abordant la question des kystes hydatiques des poumons, nous ne nous sommes pas dissimulé la difficulté de notre entreprise. Peu en ont parlé, de rares observations en ont été livrées à l'étude. Les auteurs qui ont fait de sérieuses expériences, d'ardentes recherches ont à peine trouvé assez d'éléments de diagnostic. Leur réserve aurait dû me tenir

éloigné, sans songer à approuver ou à combattre leurs opinions. Mais au début, on est toujours téméraire : c'est un défaut que nos juges ont déjà bien souvent excusé; qu'ils regardent donc mon travail avec bienveillance.

Nous parlerons dans un premier chapitre de la physiologie et de l'anatomie pathologique de ces productions morbides. Dans un deuxième chapitre nous nous arrêterons sur le diagnostic, le traitement et les modes de terminaison.

Une observation, vraiment pleine d'intérêt, dont nous devons les principaux détails à notre ami Éd. Darbez, interne à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, séparera ces deux divisions.

CHAPITRE PREMIER.

Physiologie et anatomie pathologique.

Le mot *hydatide* sert à désigner aujourd'hui une sorte d'ampoule, de poche, renfermant un liquide doué de propriétés particulières dans lequel baignent, plus ou moins librement, des animaux de l'ordre inférieur (entozoaires) auxquels on a donné le nom d'*échinocoques*.

Ces productions morbides qui, comme nous le verrons plus tard, se développent de préférence dans le parenchyme de nos viscères, sont protégées, le plus souvent, par une enveloppe extérieure, un kyste formé aux dépens du tissu cellulaire de l'organe qu'ils intéressent. Les auteurs anciens, Hippocrate, Galien, Arétée, n'ignoraient pas la fréquence des hydatides dans le foie, organe où elles se développent, comme on le sait, le plus souvent. A ce sujet, Galien dit : « Le foie est bien propre à engendrer des hydatides dans la membrane qui le revêt,

car, de temps en temps, dans les animaux que l'on égorge, ce viscère est rempli de vésicules pleines d'eau.»

Mais l'hydatide, pour eux, n'avait pas des caractères propres; c'était une sorte de kyste séreux auquel ils étaient bien loin de penser qu'un jour on pût attribuer une vie complète. Ils la regardaient comme une dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques ou sanguins, ou bien comme un mode particulier d'altération du tissu cellulaire. VALSALVA croyait que les hydatides étaient constituées par des follicules glanduleux dilatés; BOËRHAAVE, que c'étaient des glandes qui, étant obstruées et engorgées par la liqueur qu'elles devaient filtrer, avaient perdu leurs fonctions et s'étaient détachées de leur place naturelle; MORAND, qu'elles étaient constituées par de la lymphe plastique accumulée dans les lymphatique. Enfin M. CRUVEILHIER compare ces productions morbides aux pseudo-membranes pleurales développées à la faveur de l'inflammation.

Vers la fin du dix-septième siècle, TYSON et HARTMANN, ayant vu des mouvements spontanés dans les hydatides, avouèrent qu'elles étaient de véritables animaux. Leur forme, à peu près toujours la même, les fit désigner par eux sous le nom de *vers vésiculeux*. Leurs découvertes, cependant, étaient tombées dans l'oubli, lorsque PALLAS (*De infestivis viventibus intra viventia.* Dissert. inaug., 1760) reconnut dans les hydatides des parasites indépendants, et rapporta leurs principales particularités aux ténias. Cette découverte fut confirmée par GŒZE en 1784, et enfin par tous les vrais observateurs de notre époque. Mais que de contestations avaient soulevées leurs théories! LAËNNEC, en 1804, dans une publication insérée dans les *Mémoires de médecine de Paris,* où il décrivit, sous le nom de *Acéphalocystes* (vessies sans têtes), ces hydatides auxquelles il reconnut une vie propre, un développement spontané, c'est-à-dire des modes de nutrition, de locomotion et de reproduction, avait pourtant compté beaucoup de partisans. Cela ne suffisait pas pour renverser l'opinion de M. RAYER et celle d'un de ses élèves distingués, M. LIVOIS, qui, dans sa *Thèse sur les*

Échinocoques chez l'homme et chez les animaux, Paris, 1843, regarde les hydatides comme d'une organisation toute spéciale, semblant tenir le milieu entre les véritables animaux et les simples productions organiques ou morbides, et faire ainsi transition des uns aux autres.

Trousseau, Grisolles et bon nombre de praticiens se sont rangés à l'avis de M. Rayer. Bremser appelait les hydatides des poches remplies d'eau. On n'y distingue, écrit Briançon dans son travail inaugural (*Diagnostic et traitement des acéphalocystes,* Paris, 1828), ni nerfs, ni têtes, ni suçoirs, rien, en un mot, qui puisse faire penser que ce sont là des êtres organisés doués de la faculté de se mouvoir, de se nourrir et de se reproduire. Il ajoute : On a lieu de s'étonner, d'après cela, qu'il règne, sur la nature de ces productions morbides, des opinions si différentes. Il croit reconnaître, d'après plusieurs faits d'anatomie pathologique, que ce qu'on est convenu d'appeler hydatides, acéphalocystes, n'est autre chose, dans le principe, que de la lymphe plastique sécrétée par nos organes dans des conditions données; cette lymphe, d'abord inorganique, subirait par l'action vitale des changements inconnus dans leur cause et leur essence, qui les rapprocheraient d'une vésicule adipeuse ou cellulaire. Il pensait ainsi à peu près comme Béclard, qui ne voyait entre les kystes séreux, vésicules séreuses et les hydatides, que des transitions insensibles où il était difficile d'établir une démarcation bien tranchée.

Mais les travaux complets, dans ces années dernières, de Davaine (*Des entozoaires chez l'homme et les animaux,* 1860), de Kœberlé (*Des cysticerques de ténias chez l'homme,* 1861), de Leuckart (*Des parasites chez l'homme et des maladies auxquelles ils donnent naissance,* 1863), etc., ne laissent aucun doute dans notre esprit, et nous font admettre en sûreté la théorie de Pallas et de Laënnec; en un mot, l'animalité des hydatides.

Les cysticerques de ténias (hydatides), dit M. Kœberlé au commencement de son ouvrage, ne sont qu'une des formes d'helminthes ou vers rubanés auxquels ils correspondent. Les embryons de ces hel-

minthes n'arrivent à leur entier développement qu'en séjournant en liberté dans le canal intestinal d'un vertébré. Lorsque ces embryons pénètrent au milieu des tissus de leur hôte, leur présence détermine une irritation inflammatoire locale, accompagnée d'une exsudation plastique. Cette exsudation se transforme en une coque plus ou moins épaisse de tissu fibreux (kyste fibreux), dans laquelle ils demeurent enkystés à l'état d'hydatides.

Or, l'hydatide à échinocoques provient du ténia *Echinococcus* que Leuckart nous présente comme un entozoaire de trois ou quatre articles dont le dernier, plus volumineux que tout le reste du corps de l'animal, renferme les germes de nouveaux ténias (œufs) dont l'éclosion dans les parenchymes doit constituer des vésicules mères, renfermant elles-mêmes le plus souvent des vésicules secondaires douées des mêmes propriétés.

Et ce qui démontre clairement que ces vésicules, transformations d'êtres animés, sont elles-mêmes douées d'une vie propre, c'est qu'elles peuvent, à leur tour, engendrer des ténias *Echinococcœ.* Car il en est des hydatides de ténias comme des cysticerques des autres ténias. Leurs débris, comme les proglottides (segments désagrégés du corps des cestoïdes) remplies d'œufs, se dissolvent; les œufs se désagrégent aussi, entrent dans les organismes animaux, deviennent *scolices,* puis cysticerques, et enfin ténias chez de nouveaux hôtes. Des expériences nombreuses ont été faites par Leuckart (ouv. cit.), von Siebold et Küchenmeister, et leurs résultats ne sauraient être mis en doute.

Éclos dans l'intestin, les jeunes ténias en perforent les parois, et suivant qu'ils sont entraînés plus ou moins facilement dans le courant circulatoire, ils se fixent dans le foie, le poumon ou enfin les autres parenchymes.

Nous n'avons point parlé du ténia *nana,* ni du ténia *serrata,* dont Siebold voudrait faire le point de départ de l'infestation échinococcale chez les Islandais. Nous n'ignorons pas que ces entozoaires peuvent

subir, suivant le milieu qu'ils intéressent, de nombreuses métamorphoses. Mais de trop longues comparaisons surchargeraient un travail que nous ne nous sommes pas imposé.

Les hydatides peuvent se développer dans toutes les parties du corps. Cependant le foie, les poumons, les ovaires, les reins, la matrice en sont bien plus souvent affectés que les autres organes. Viennent ensuite les cavités séreuses, plèvre, péritoine, arachnoïde. MM. Rostan, Geoffroi, Colson, en citent des exemples. Dans ce dernier cas, rarement elles se sont développées primitivement, et existaient dans les organes parenchymateux, voisins de semblables produits; et une chose digne de remarque, c'est que, dans ces cavités séreuses, le kyste adventif n'existe pas; ses parois sont remplacées par celles de la séreuse elle-même, tandis que dans l'organe parenchymateux le kyste enveloppe toujours l'hydatide, de façon à constituer un tout bien distinct.

Mais il est nécessaire, pour faciliter notre étude, d'examiner les différentes parties constituantes du kyste hydatique, tel qu'on le trouve au foie, tel que nous l'avons observé dans les poumons. Nous les réduisons à trois principales, le kyste, l'hydatide membrane, et le liquide qu'elle contient.

Kyste[1].

Le kyste qui renferme des hydatides ne paraît pas différer essentiellement des kystes qui enveloppent les autres corps étrangers, contenus dans nos organes. Ordinairement formé de membranes cellulo-fibreuses à l'instar des séreuses, il prend un développement de volume et d'épaisseur proportionnel à son ancienneté. Il adhère plus ou moins intimement aux parois voisines. Celles-ci ne sont pas détruites, mais seulement un peu aplaties, condensées, parfois atrophiées par suite de la compression exercée sur elles. De forme globuleuse, il est rarement composé de plusieurs loges distinctes. Quand il est multiloculaire, cela

1. *Folliculus* (Malpighi, Lancisi), *Hydatis externa* (Rudolphi).

peut dépendre de la fusion de plusieurs kystes ou bien de ce que la poche hydatique a rencontré des obstacles à son accroissement uniforme. Dans ce cas l'hydatide, si elle est unique, envoie des prolongements dans les diverses loges. Un seul kyste peut renfermer un nombre excessivement variable d'hydatides que Livois (ouv. cité) et plusieurs autres ont vu s'élever jusqu'à 500 et 1,000 même. La tumeur entière avait alors le volume d'une tête d'homme. Quand le kyste ne contient qu'une seule hydatide, comme cela arrive le plus souvent dans le poumon, celle-ci le remplit en entier et tapisse immédiatement ses parois. Ces dernières, plus dures et plus fortes dans le parenchyme du foie et des poumons que dans le cerveau, par exemple, où l'abondance et la laxité du tissu cellulaire ne sont pas si manifestes, peuvent se couvrir plus ou moins de vaisseaux sanguins, qui jouent un rôle marqué, comme on le comprend aisément dans les différentes altérations auxquelles elles sont sujettes. Lorsqu'un kyste hydatique renferme une matière crémeuse ou caséeuse, cette matière n'est pas dans la cavité de l'hydatide, mais extérieurement à elle, dans le kyste lui-même; cette altération de produit a plus de tendance, comme nous le verrons plus tard, à se faire chez le vieillard que chez l'adulte.

La face interne du kyste récent est blanche, lisse et ressemblant, comme nous l'avons déjà dit, jusqu'à un certain point, à une membrane séreuse. Dans les kystes anciens, elle est comme chagrinée, rugueuse, ou couverte d'exsudations plus ou moins adhérentes et opaques. Les vaisseaux s'y montrent quelquefois avec une apparence variqueuse.

Suivant M. Vogel, ce kyste doit son origine à de la lymphe coagulée qui s'est organisée peu à peu en s'enrichissant de vaisseaux sanguins.

Lorsque le kyste contient plusieurs hydatides, il se trouve quelquefois dans sa cavité un liquide plus ou moins abondant, dans lequel nagent les hydatides. Le liquide est transparent ou limpide, comme celui des hydatides elles-mêmes, ou bien il est diversement coloré.

C'est surtout dans les poches à hydatide solitaire, qu'on observe des parois cartilagineuses, osseuses en certains points. Elles sont alors

tellement adhérentes aux tissus environnants, qu'elles font, pour ainsi dire, corps avec l'organe qui les contient. Il y a comme une dégénérescence athéromateuse, dont l'issue peut être, comme nous le verrons plus tard, favorable au sujet affecté.

Hydatide.

Presque toujours multiple (*socialis*) dans un même kyste chez l'homme, excepté dans les poumons, où elle est généralement solitaire (*eremita vel sterilis*), l'hydatide a des parois incolores, diaphanes ou laiteuses; mais alors cette teinte blanche n'est pas répandue uniformément sur toute leur surface. D'autres fois elles revêtent une teinte jaune et même rosée. Cela paraît tenir aux propriétés du liquide dans lequel elle plonge. Ses parois sont encore friables, assez égales, analogues pour la consistance à du blanc d'œuf durci. Il est à remarquer que l'hydatide solitaire a des points de sa surface très-épais cependant, et d'autres à côté excessivement minces, ce qui expliquerait assez leur facile tendance à se rompre. On sait, du reste, que ce sont les hydatides du poumon qui se vident avec le plus de fréquence. De plus leurs parois sont très-élastiques, et lorsqu'on fait une simple ponction, le liquide s'échappe en jet rapide et élevé.

Lorsqu'on examine une hydatide qui a conservé sa transparence, on aperçoit dans son intérieur une quantité variable de granulations opaques de la grosseur d'un grain de sable fin, de coloration blanchâtre. C'est dire assez que la surface interne de la membrane hydatique, au lieu d'être lisse et unie comme l'externe, est chagrinée, irrégulière par ces petits corps arrondis, renflés à leur extrémité libre et pédiculés. Leur pédicule se rétrécit proportionnellement à leur volume, ils ne sont pas perforés (Valsalva). Quelques-unes de ces granulations nagent librement au milieu du liquide, mais la plupart restent appliquées à la surface interne de l'hydatide dont elles n'occupent en général qu'une certaine portion. Elles sont alors rapprochées les unes des

autres d'une façon assez régulière. Leur aspect est celui qu'offrent les petits globules d'air déposés sur les parois d'un verre dans lequel on a mis de l'eau chaude. L'union de ces petits corps avec la poche hydatique n'est pas très-intime, car il suffit de percuter légèrement celle-ci pour qu'ils s'en détachent et se déposent dans les points les plus déclives sous la forme d'une poussière blanchâtre. Quand on fait une ponction à une hydatide, le liquide entraîne avec lui la plus grande partie de ces corpuscules, ainsi qu'on peut s'en assurer en le recueillant dans une capsule de verre au fond de laquelle les granulations forment un dépôt blanchâtre.

Par les hydatides expectorées, évacuées ou trouvées aux autopsies, on a pu étudier la constitution de leurs membranes. Elles sont formées de lames superposées. Au microscope, elles se dessinent, sous la coupe transversale, en lignes parallèles semblables aux feuillets d'un livre, ou même aux couches du cristallin.

Lorsque la poche hydatique subit des altérations, la couche la plus interne se détache, se fragmente en flocons albumineux qui, en flottant au milieu du liquide, ramassent comme dans une enveloppe toutes les granulations blanchâtres qui ne sont autres, comme on l'a supposé déjà, que des échinocoques réunis et en dissimulent la présence. De sorte que, si l'on vient à observer une hydatide à cette période de déclin, on n'aperçoit plus dans son intérieur que des flocons membraneux.

Rudolphi avait pris cette couche interne détachée pour une véritable vésicule ; aussi avait-il admis que les hydatides pouvaient être ou simples ou doubles (*vesica externa simplex vel duplex*). Bremser releva cette erreur en disant que l'hydatide était formée de deux membranes : une externe et une interne, pouvant se séparer l'une de l'autre facilement, mais ne pouvant pas être prises pour deux hydatides concentriques.

Les membranes hydatiques perdent leur transparence dans l'alcool, parce que leurs parois se gonflent promptement. Replacées dans l'eau, elles la reprennent. Elles se dissolvent très-lentement dans l'ammo-

niaque caustique et très-difficilement dans les acides. On les a comparées à l'épiderme d'un enfant nouveau-né. Elles sont composées d'albumine, d'une matière animale, de chlorure de sodium, de phosphate de soude, de chaux et d'alumine. L'albumine ici diffère de l'albumine ordinaire par sa solubilité dans les acides chlorhydrique et sulfurique. Elle est remarquable encore en ce qu'elle communique à la potasse, en s'y dissolvant, une coloration verte. (Analyse faite par MM. Gallais, Collard de Martigny, *Journal de chimie médicale*, 5e année, 1829.)

Le liquide contenu dans les hydatides est alcalin ou neutre; sa densité n'est que de 1.008 à 1.013 par rapport à l'eau. Il contient de l'eau, quelques traces d'albumine, une matière grasse, des lactates et phosphates de soude, et ne se coagule pas par la chaleur, l'alcool, ni les acides minéraux. C'est un liquide très-limpide et qui peut conserver cette propriété, bien que l'hydatide soit plongée dans une matière purulente sécrétée par le kyste. Dans son milieu, semblables aux gouttelettes de graisse que l'on voit dans les kystes adipeux de l'homme, nagent les germes oviformes (ou ovules) des entozoaires (échinocoques), fixés à la surface interne de l'hydatide.

Nous n'ajouterons rien de plus sur les échinocoques; ce serait vouloir augmenter inutilement et la longueur et la difficulté de notre travail.

Lorsqu'un kyste a pris naissance dans un organe, il est bien rare qu'il y reste stationnaire, surtout dans le foie et les poumons. Son développement, il est vrai, ne se fait pas brusquement. La plupart des sujets affectés ne ressentent de véritables douleurs que lorsque le kyste est déjà à un degré assez avancé de son évolution. Au début, il y a une simple gêne dans une ou plusieurs fonctions à la fois. Au fur et à mesure que la maladie envahit l'organe, se manifeste une série de symptômes que nous étudierons plus tard en traitant du diagnostic de ces productions dans les poumons.

Plus le sujet atteint est jeune, plus l'affection marche rapidement.

Mais elle est rare au-dessous de 15 ans, comme nous le prouve Davaine (traité déjà cité), qui n'a rassemblé que quatorze observations de kystes hydatiques chez des enfants au-dessous de cet âge. Elle est également peu commune dans les dernières années de la vie. C'est à tort que certains auteurs ont cru la vieillesse plus prédisposée au mal. L'adolescence en est le plus souvent atteinte. Cependant dans certaines contrées, en Islande, par exemple, d'après les rapports des médecins de cette île, on sait que l'affection y est endémique. Un sixième de la population environ la possède. Il semblerait qu'il y a là non-seulement de l'hérédité, mais encore une prédisposition remarquable dont la cause est le froid, l'humidité du pays. Cela nous paraît d'autant plus juste qu'il existe une grande analogie entre nous et les animaux. La pathologie des vétérinaires a montré que les animaux ne sont jamais plus souvent affectés de maladies parasitaires que lorsqu'ils ont été nourris dans des lieux bas et humides.

Des auteurs célèbres, Lassus, Corvisart, Bremser, ont reconnu un autre genre de cause, qui a été moins souvent observée. Ils rapportent plusieurs observations de kystes hydatiques développés dans des organes qui avaient éprouvé des chocs, des contusions plus ou moins fortes. Toute commotion, dit Bremser, assez violente, résultat d'une toux, d'un effort, d'une chute, pourrait avoir un effet semblable. Si, ajoute-t-il, une commotion sur la colonne vertébrale peut occasionner une hydropisie dans les ventricules du cerveau, ne serait-il pas bien admissible qu'une goutte de substance plastique vivante, sortie de la circulation, pût être épanchée dans tout autre organe, et que cette goutte se formât en un tout individuel? Ce tout prendrait alors la forme primitive de tous les êtres organisés, se développerait par suite et finirait par jouir d'une vie indépendante. Briançon, dans son ouvrage, cite trois observations où il a pu attribuer la cause de la maladie à une lésion extérieure.

Mais le peu de détails dans lesquels il nous a été permis d'entrer à propos de l'animalité des hydatides, nous fait voir que leur étiologie

n'est ni difficile, ni compliquée. Le *tænia echinococcus* habite l'intestin des animaux domestiques, comme celui de l'homme; leur contact, l'usage que fait celui-ci de ceux-là nous servent d'explication nette.

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici peut être regardé comme généralités des kystes hydatiques intéressant les parenchymes, quelques nombreux exemples que nous ayons pris dans les poumons et le foie.

Ces productions morbides existent ordinairement dans les lobes inférieurs des poumons, et surtout dans le lobe inférieur droit. On ne possède qu'un petit nombre d'observations de kystes développés dans le lobe supérieur et moyen. Les relations en sont dues à MM. Sonnié-Morel (*Bulletin de la Société anatomique*, 1836, 3ᵉ série, t. II, p. 36), Trochon (*Bulletin de la Société anatomique*, 1840, 15ᵉ année, p. 211), pour les lobes supérieurs, et à MM. Aubré, Séguin et Pillon. Il est rare de rencontrer deux kystes dans un même poumon. Les cas d'un kyste dans l'un et l'autre poumon sont plus communs. Aussi Maloët (*Mémoires de l'Académie royale des sciences*, 1732) rapporte le cas d'un soldat invalide dans le cadavre duquel on trouva un kyste volumineux, à double enveloppe facilement divisible, dans chaque poumon.

On a fait cette remarque très-juste, et que les observations que nous rapportons confirment : c'est que presque toujours les kystes hydatiques du poumon sont accompagnés de kystes du foie. Le diaphragme qui sépare les altérations des deux organes, reste intact, ou bien s'ulcère et se déchire, et rapproche ainsi plus ou moins intimement ces kystes. Nous allons trouver ces deux états différents dans les observations suivantes.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Kystes hydatiques volumineux du poumon et du foie chez une jeune personne de 14 ans. — Mort. — Autopsie.

Mlle R...., anémique, a toujours été d'une santé délicate, bien que née de parents robustes. D'une faible constitution, elle n'a cependant jamais eu d'hémoptysie, mais une gêne de plus en plus marquée dans la respiration, des troubles continuels dans les fonctions digestives. Depuis trois ans, elle se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit, où l'on observe une tumeur arrondie, fluctuante, s'avançant vers l'épigastre, et ayant la grosseur d'une tête de fœtus à terme. La peau qui la recouvre présente une coloration normale. La percussion donne un son mat et augmente la douleur. Enfin, malgré le soin que l'on met à rechercher le frémissement hydatique, ce signe fait complétement défaut.

L'examen de la poitrine montre que le côté droit est plus développé que le côté gauche, que les espaces intercostaux sont effacés. Une matité absolue remplace la sonorité normale dans toute l'étendue du poumon droit. L'auscultation ne permet de constater aucun bruit, pas même le murmure vésiculaire. En un mot, cette jeune fille présente tous les signes d'un épanchement pleurétique de ce côté. La respiration du côté gauche est normale dans toute l'étendue du poumon. Aucun fragment d'hydatide n'a été rejeté par expectoration.

Le 26 août dernier la malade succomba à un accès de suffocation, et le 27 l'autopsie est faite. L'ouverture de la cavité abdominale met à découvert une tumeur placée dans la région hypochondriaque droite, ayant acquis le volume d'une tête de fœtus à terme. Une incision pratiquée à la surface donne issue à une grande quantité de liquide citrin, environ 2 ½ litres, renfermant quelques flocons albumineux. Placé à la face convexe de cet organe, le kyste adventif a des parois fibreuses. Celles de l'hydatide ont 0m,006 d'épaisseur. Il y a adhérence au lobe

droit, au ligament suspenseur, et à la face inférieure du diaphragme. Aucune communication n'existe entre la cavité thoracique. La surface externe de l'hydatide est lisse et se trouve en rapport immédiat avec la surface interne du kyste adventif, qui, également lisse, présente un aspect séreux. Sa surface interne est tapissée de granulations blanchâtres de différentes grosseurs, mais n'allant pas au delà de celle d'un grain de millet, les unes arrondies, et c'est le plus grand nombre, les autres aplaties. Quelques-unes agglomérées, ressemblent assez à de petits choux-fleurs. Certaines de ces petites granulations contiennent un liquide exactement semblable à celui contenu dans l'hydatide. Le foie est atrophié par suite de la compression que cette tumeur volumineuse a exercée sur lui. Mais il ne présente rien de particulier dans sa texture. A la face inférieure du foie, à droite de la vésicule biliaire, se trouve une autre hydatide de la grosseur d'une poire, elle est ovoïde et contient un liquide verdâtre. Cette coloration s'explique par le siége qu'elle occupe. Le kyste adventif fait corps avec le péritoine.

Poumons. — Au centre même du poumon droit, qui a été fortement repoussé et comprimé de toutes parts, existe une hydatide volumineuse, qui contient un liquide citrin, entièrement semblable à celui qui était renfermé dans celle du foie. Il est tellement abondant que sa quantité peut être évaluée à 5 litres, qu'il refoule les parois de cette hydatide, et les met en rapport intime avec la surface interne de la poche kystique, qui elle-même fait corps avec le tissu pulmonaire. Celui-ci a été comprimé avec une telle énergie, qu'il se présente sous l'aspect d'un tissu induré, très-aminci. On peut évaluer son épaisseur qui est tout autour la même, à $0^{m},01$ seulement. La division des lobes ne peut pas se distinguer. Le tissu pulmonaire, vigoureusement aplati contre la paroi thoracique, a contracté, ainsi que la plèvre, de solides adhérences. La surface externe de l'hydatide est lisse, sa surface interne est rugueuse, épaissie en certains endroits, et présente les mêmes granulations que l'hydatide du foie. Le parenchyme pulmonaire n'offre pas la moindre trace de tuberculisation.

Nous n'avons pas entrepris de réunir tous les cas semblables publiés antérieurement, nous pouvons donc nous borner, pour l'intelligence de notre sujet, à reproduire ici les quelques preuves suivantes.

DEUXIÈME OBSERVATION (Extrait).

(De M. Neucourt, *Bulletin de la Société anatomique*, 1842, p. 135.)

A l'autopsie d'une femme, morte de pneumonie, à l'âge de 60 ans, on trouva à la base du poumon droit un kyste renfermant une hydatide solitaire. Il avait environ $0^m,15$ d'avant en arrière et $0^m,05$ dans sa plus grande largeur. Il paraissait constitué en partie par la base du poumon, en sorte qu'au premier abord il était difficile de dire s'il était véritablement creusé dans l'épaisseur de cet organe, ou bien s'il lui était simplement accolé.

Toute la portion droite du foie était remplacée par des kystes au nombre de dix à douze. Le diaphragme a disparu dans la partie occupée par les kystes, de sorte que celui du poumon et ceux du foie se touchent par leurs surfaces externes. La face interne de ces kystes est rugueuse, jaunâtre, remplie d'anfractuosités. Plusieurs d'entre eux au foie communiquent ensemble.

TROISIÈME OBSERVATION (Extrait).

Volcherus, ayant pris pour un abcès une tumeur située près du cartilage ensiforme, fit une incision. Il sortit de l'ouverture une grande quantité d'hydatides suivies d'un liquide épais et visqueux, semblable à du suif fondu, et plus tard fétide. Le malade meurt un an après dans le marasme et dans la fièvre hectique. A l'autopsie, on trouva trois abcès (kystes hydatiques en dégénérescence athéromateuse), l'un dans le foie, l'autre dans le poumon, un troisième adhérent au côlon. Le diaphragme ulcéré. — Il n'est pas dit s'il y avait communication ou non.

Un autre exemple pourrait être emprunté à MM. Ed. Caron et Soubeiran (*Comptes rendus de la Société de biologie*, t. IV, p. 171, 1852, et *Gazette médicale de Paris*, 1853, n° 5, p. 72), qui citent un cas remarquable d'hydatides intra-thoraciques et du foie, où la thoracentèse fut pratiquée.

Il n'est pas très-rare, non plus, de voir des kystes isolés dans ces deux organes parenchymateux, se confondre en opérant fusion. Le travail inflammatoire, qui n'existait pas probablement entre eux chez le sujet de l'observation de M. Neucourt, est la plupart du temps la cause de ce phénomène.

Sans empiéter sur un autre sujet, nous savons qu'un des modes de terminaison, ou plutôt qu'une des manières de progression des kystes hydatiques du foie est l'envahissement du poumon. C'est donc encore un motif pour admettre que l'affection hydatique pulmonaire est en relation intmie avec celle du foie. Mais ici elle en dépend réellement, elle est secondaire. Nous n'en citerons que deux exemples.

QUATRIÈME OBSERVATION (Extrait).

Dans la *Gazette des hôpitaux*, 1854, est publié un cas recueilli dans le service de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, d'une énorme tumeur à collection purulente dans le poumon avec des hydatides flétries. Tout le lobe inférieur gauche est occupé par une cavité anfractueuse, avec des bords allant d'une paroi à l'autre, qui étaient formés par le parenchyme lui-même, ramolli et infiltré de pus. Il n'y a pas de membrane kystique. Cette cavité est remplie par des détritus organiques réduits en bouillie grisâtre par du pus et des hydatides flétries en grande quantité. Elle correspondait à une perte de substance du diaphragme de la grandeur d'une pièce de 5 francs, à bords taillés à pic. Le doigt pénétrait à travers ce trou presque dans l'intérieur du foie. Il existait dans cet organe un kyste volumineux comme la tête d'un fœtus à terme en communication avec la base du poumon.

CINQUIÈME OBSERVATION (Extrait).

MM. Boinet et Mesnet (*Considérations sur les kystes hydatiques du foie*) citent une longue observation d'un malade chez lequel on fit une ponction avec un trocart à paracentèse, pour une tumeur hydatique du foie, suivie d'injection iodée, qui mourut et dont l'autopsie montra des kystes multiples du foie; l'un d'eux s'était fait jour dans le poumon droit.

Enfin, certains kystes hydatiques du foie, développés à la face convexe, peuvent, en le refoulant, sans perforer le diaphragme, donner le change et faire croire à une affection pulmonaire. Nous aurons quelques mots à en dire dans notre chapitre du diagnostic.

CHAPITRE II.

Diagnostic. — Modes de terminaison. — Traitement.

Du frémissement hydatique.

Lorsqu'on applique la main sur un kyste à hydatides, de manière à en embrasser exactement une portion assez étendue en exerçant une certaine pression, et que l'on donne avec l'autre main un coup sec sur la tumeur, on sent un frémissement analogue à celui que donnerait un corps en vibrations. Si l'on ajoute un moyen d'auscultation, ce frémissement rend un son grave. Ce phénomène a reçu le nom de *frémissement hydatique*. Laënnec, Piorry (*Traité de percussion médiate*), Davaine (ouv. cité) en ont parlé sérieusement. Mais le docteur Briançon est, suivant nous, l'auteur qui l'a le mieux étudié, qui l'a fait connaître comme signe pathognomonique de l'affection. Nous ne pouvons

mieux faire que de le prendre un instant pour guide. Il a choisi, pour faire ses expériences, une poche à parois assez minces et élastiques qu'il remplissait d'hydatides intactes; il ajoutait une quantité d'eau suffisante pour combler les intervalles que laissaient entre elles les hydatides, et fermait très-exactement. Agitant la vessie entre les mains, il sentait très-distinctement le frémissement hydatique. En plaçant, dans les mêmes conditions, la vessie sur un plan résistant, appliquant, sur un point de sa surface, le stéthoscope, et la frappant légèrement sur un autre point, il entendait très-clairement le son grave dû aux vibrations dont nous avons parlé plus haut. Continuant son expérience, il diminua la quantité des hydatides, augmenta le liquide qui les baignait d'une façon progressive, et reconnut que le frémissement et le son s'obscurcissaient de plus en plus. En opérant contrairement, c'est-à-dire en augmentant le nombre des hydatides, tandis qu'il diminuait le volume de l'eau, même effet. D'où il conclut que le frémissement et les vibrations étaient d'autant plus sensibles, qu'il existait, entre la quantité des hydatides et le volume d'eau, une proportion assez égale au rapport de 2 à 1.

D'après cela il semble que nous avons parlé en vain, si nous voulons nous servir de ce caractère distinctif comme moyen de diagnostic. En effet, nous savons que les kystes hydatiques des poumons renferment généralement une hydatide solitaire; que Laënnec le premier, et bien d'autres ensuite, ont affirmé que le seul signe pathognomonique de ces kystes hydatiques était l'expectoration des hydatides. Tout en respectant l'autorité des auteurs, nous croyons cependant qu'on doit toujours rechercher le frémissement aux poumons, autant que possible, car les kystes qui s'y développent ne sont pas toujours à hydatide solitaire, et le volume qu'ils prennent en refoulant le parenchyme et les feuillets de la séreuse jusqu'aux parois thoraciques, les rend d'une exploration assez facile. Les recherches seront bien des fois sans résultat heureux. Mais lorsqu'on se souviendra de notre remarque dernière (chap. Ier) que les kystes hydatiques des viscères en général, et ceux

du poumon en particulier, sont, sauf de rares exceptions, accompagnés de kystes hydatiques au foie, quand on voudra bien passer en revue les observations en rapport, on portera son attention sur l'hypochondre droit, on cherchera de nouveau ce qu'on aurait voulu trouver au poumon, on raisonnera en s'aidant du diagnostic de l'organe abdominal, et c'est ainsi que le frémissement hydatique, nous servant, il est vrai, d'une façon indirecte, trouvera rationnellement ici sa place.

Mais, nous dira-t-on, de ce qu'au foie vous avez reconnu, signe pathognomonique existant, le siége d'un ou plusieurs kystes hydatiques, s'ensuit-il que vous serez en droit de juger affection semblable au poumon, une maladie à symptômes communs, telle qu'un épanchement pleurétique par exemple?

Il existe encore quelques caractères propres aux kystes hydatiques des poumons. Nous le montrerons par l'exposé des symptômes dont quelques-uns réunis ensemble nous faciliteront la réponse par l'affirmative à la question précédente.

Nous ne prendrons pas la maladie à son début, car les sujets qui en sont affectés, ne s'en ressentent que lorsque la tumeur hydatique a acquis un volume assez considérable. Alors on remarque chez eux une difficulté de la respiration de plus en plus prononcée; un exercice un peu violent, une marche un peu précipitée, font naître promptement l'anxiété précordiale, un trouble dans la vue, une sorte de vertige; les battements du cœur deviennent très-fréquents, et les forces sont abattues. Les malades cependant ne s'inquiètent pas de leur état, ils se reposent pour bientôt reprendre leurs occupations. Mais quand l'appétit se perd visiblement, quand le sommeil est troublé par des moments de suffocation, quand leurs traits s'altèrent, et que l'amaigrissement est manifeste, ils commencent à s'effrayer de leur état, s'ils sont dans l'adolescence; dans le jeune âge la gaieté disparaît pour faire place aux pleurs et à la tristesse. Cette période dure quelque temps, surtout s'il n'y a eu ni hémoptysies, ni expectoration de débris d'hydatides. Les malades se plaignent toujours de battements de cœur au moindre

mouvement de leur corps, ils ne peuvent dormir que sur le côté où siége le mal, ou, mais moins bien, dans le décubitus dorsal, la tête et la poitrine très-élevées. Ils présentent en somme; dans ce cas, tous les signes d'un épanchement thoracique, car alors le côté affecté est déformé, le poumon est refoulé, et l'oppression est continuelle. Cependant dans un épanchement pleurétique qui dure depuis longtemps, ce sont les poumons, le médiastin, le cœur, le diaphragme, qui sont refoulés bien avant que les côtes le soient elles-mêmes. De plus, celles-ci le sont d'une manière uniforme dans toute l'étendue de la cage thoracique du côté correspondant, et non dans un espace limité. Ce caractère qu'une observation minutieuse a rendu de sérieuse considération diagnostique, a été jugé, par M. TROUSSEAU, propre aux tumeurs hydatiques du poumon. On lui a objecté qu'une pleurésie enkystée était aussi d'un espace limité; mais il a répondu par son expérience, qui lui a toujours montré que la déformation particulière, *globuleuse*, qui se rattachait aux tumeurs hydatiques, devait, dans l'hésitation de poser le diagnostic d'une pleurésie enkystée ou d'une affection hydatique, pousser à cette dernière conclusion.

Nous appuyant sur cette autorité, nous pouvons dès lors répondre à la question que nous nous étions posée un peu plus haut: Oui, on jugera bien, si, l'affection hydatique reconnue au foie, on croit le poumon affecté semblablement, qui présentera une déformation, égale, limitée et globuleuse des côtes.

L'absence de fièvre et de douleurs permet de ne pas confondre une tumeur hydatique avec un abcès; l'absence de battements et la lenteur de son développement avec un anévrisme. Le diagnostic devient plus difficile lorsque, autour de la tumeur, il est survenu de l'inflammation, de la suppuration. Alors la douleur, le frisson et la fièvre peuvent faire croire à un abcès du poumon, le dépérissement de l'économie à une tumeur cancéreuse. Mais la marche du kyste hydatique, son grand développement avant l'invasion de la fièvre éclaireront le diagnostic. Celui-ci deviendra plus pénible encore quand au foie on n'aura rien

trouvé qui puisse servir de guide, que de plus la poitrine ne présentera pas cette déformation particulière dont ont parlé Trousseau et Davaine. Les hydatides, il est vrai, sont bien accompagnées de douleurs qui se font sentir dans le côté, dans le dos, dans l'épigastre; elles sont vives, persistantes et sujettes à des exacerbations. Mais ce n'est pas là ce qui pourrait nous faire exclure un épanchement pleurétique. L'absence de bronchophonie et d'égophonie nous sert mieux, mais cela n'a rien de constant. Dans cette alternative, il est sage de réserver son jugement jusqu'à ce que, des symptômes alarmants se manifestant et aucune expectoration ne s'effectuant, on se croie autorisé à user de la simple ponction exploratrice pour assurer son diagnostic. Si l'on facilite l'issue à un liquide clair et limpide, ne donnant point de coagulation par la chaleur ou les acides et laissant, par l'évaporation d'une gouttelette sur une lame de verre, des cristaux de chlorure de sodium reconnaissables au microscope, c'est qu'il provient d'une hydatide, de même qu'un liquide qui présenterait les caractères de la matière athéromateuse; dans l'un et l'autre cas, on rencontre assez fréquemment des échinocoques ou leurs crochets.

Nous n'avons pas parlé de l'erreur qu'on pourrait commettre en ne distinguant pas un kyste hydatique d'une affection tuberculeuse. Les moyens le plus en usage, auscultation, inspection des crachats, le recours aux anamnestiques nous en préserveraient, nous pensons bien.

Il n'en est pas de même lorsqu'un kyste, développé à la surface convexe du foie, repousse le diaphragme en haut vers les poumons au point de faire fortement saillie dans la poitrine. Comme plus haut, on se croit en présence d'un épanchement pleural dont les signes physiques sont fournis par la percussion, l'auscultation, l'absence de murmure respiratoire et quelquefois l'égophonie, si, comme cela arrive souvent, il existe en même temps un peu de suffusion pleurale. Cependant un examen attentif permet de saisir les différences qui aideront au diagnostic. Ainsi la matité est habituellement limitée dans un certain espace, son intensité varie de telle sorte, qu'en percutant, par

exemple, le long de la colonne vertébrale, on la trouve complète, tandis que, en dehors, sur les parois du thorax, on perçoit au même niveau de la sonorité, quelque position que vous fassiez prendre au malade; ou bien c'est en dehors que la matité est absolue, tandis que le long du rachis le son est clair et le murmure vésiculaire s'entend. Sans doute cette circonscription pourrait tenir à une pleurésie enkystée; mais, d'un côté, cette forme de pleurésie est assez rare; d'autre part, elle ne donne pas lieu à la déformation particulière globuleuse qui s'étend dans ce cas jusqu'à la région du foie. L'hésitation n'est plus possible lorsque, indépendamment de l'abaissement de cette glande dans l'abdomen, on arrive à percevoir, au niveau du rebord des fausses côtes, une fluctuation profonde, surtout s'il y a frémissement hydatique. Du reste, ici encore une ponction exploratrice lèverait bien vite les doutes que l'on pourrait avoir. On éprouvera de plus grands obstacles encore quand il s'agira de préciser si l'hydatide est dans le parenchyme pulmonaire ou bien dans la cavité pleurale; car, le plus souvent, entre les parois de la poitrine et le kyste, il ne reste qu'une lame de tissu pulmonaire atrophiée et imperméable à l'air. M. Cruveilhier rapporte un exemple d'une hydatide pulmonaire dans laquelle la plèvre viscérale soulevée avait été en quelque sorte disséquée par le kyste pour constituer la plus grande partie de la cavité de réception. Cette plèvre viscérale était tellement adhérente à la plèvre costale, qu'elle s'est rompue lorsqu'on a voulu détacher le poumon et que l'hydatide est tombée dans la cavité pleurale même.

Il en était de même sur le sujet d'une autopsie de Dupuytren, 1804. Du reste, l'existence d'un kyste, dans la plupart des observations que rapportent les auteurs, ne permet pas de penser que l'hydatide se soit développée dans la cavité pleurale.

Jusqu'ici nous n'avons montré que des difficultés de diagnostic; mais, dans beaucoup de cas, l'expectoration vient nous fixer sur la nature de l'affection. Elle est, comme nous allons le voir, un des modes de terminaison les plus heureux des kystes hydatiques pulmonaires.

Modes de terminaison.

Le plus fréquemment, les hydatides se font jour au dehors en perforant les bronches. A la faveur de cette perforation, la poche se vide et la guérison peut en être la suite. La caverne qui se forme après l'expulsion des hydatides se rétrécit et se cicatrise; et ce qui prouve d'autant mieux que la guérison peut facilement s'opérer (Journal de CORVISART, LEROUX, BOYER, t. II, cahier de prairial an IX), c'est que la poche est unique et qu'il n'existe pas, comme chez les tuberculeux, une disposition à la formation de nouveaux produits pathologiques analogues. Toutefois, lorsque la tumeur hydatique est ancienne et volumineuse, elle ne se vide que lentement, soit à cause de l'induration de ses parois, soit à cause de la nature des matières qu'elle contient. FRÉTEAU, janvier 1832, cite un cas remarquable où un kyste hydatique, ouvert par le bistouri dans le côté droit et spontanément dans les bronches, guérit.

Il n'est pas rare non plus de voir le kyste pulmonaire s'ouvrir dans la cavité pleurale. Alors pleurésie suraiguë, rapidement mortelle. D'autres fois, au moment où l'on espérait sauver son malade, à la suite d'une expectoration d'hydatides, le pronostic s'est rembruni par l'apparition d'une douleur aiguë subite dans le côté et par la perception du traitement métallique (*hydropneumothorax*). Le kyste peut aussi venir faire saillie et s'ouvrir au dehors, soit à travers les parois de la poitrine, soit à travers le diaphragme et la paroi abdominale. DUPUYTREN cite un kyste hydatique du poumon chez une femme, qui, à travers le diaphragme et le foie, s'était ouvert à l'ombilic. Moins rarement le kyste peut s'ouvrir dans le péricarde ou dans le conduit des voies digestives. LAËNNEC rapporte, dans son *Traité de l'auscultation médicale,* l'observation d'une jeune personne qui, pendant longtemps jugée phthisique, éprouva un jour des douleurs très-vives dans la région épigastrique. Quelques heures après, elle rendit par la selle une grande quantité d'acéphalocystes. Dès ce moment, la fièvre hectique

diminua avec tous les symptômes de la phthisie, et la malade guérit. Dans ce cas, le kyste, qui avait son siége dans le poumon, se fit, suivant Laënnec, jour à travers le diaphragme et s'ouvrit dans l'estomac ou le côlon transverse.

Mais le mode de terminaison des tumeurs hydatiques le plus digne de fixer l'attention est le suivant. L'enveloppe albumineuse de l'hydatide se ramollit, s'entr'ouvre, le liquide qu'elle contenait se répand dans la cavité du kyste et est résorbé, ainsi que celui au milieu duquel elle flottait. Ses débris, repoussés à la périphérie de la poche, contractent de légères adhérences avec ses parois. Sur ces débris viennent s'en appliquer d'autres s'il existe plusieurs hydatides dans le kyste, et à la longue, l'épaisseur des parois kystiques augmentant, le liquide ayant totalement disparu, la tumeur s'affaisse. Si l'on observe alors ce qui reste du produit anormal, on voit que les couches les plus internes sont très-faciles à séparer les unes des autres, et qu'au contraire près du kyste hydatique leur adhérence est si intime qu'il n'est pas possible de les disséquer, et qu'elles constituent là un tissu très-dense, blanc, presque fibro-cartilagineux, dans l'épaisseur duquel on peut voir les vaisseaux se distribuer. Ce mode de terminaison est cité par Laënnec, et s'applique davantage aux hydatides du foie. Dans celles du poumon, le point de départ est dans le kyste lui-même, comme l'entendent de Haen, Ruysch, Cruveilhier, Bremser. Le kyste commence par devenir le siége d'une sécrétion de matière jaunâtre, sébacée, qui se dépose sur sa face interne, en y formant bientôt une couche dont l'épaisseur augmente proportionnellement au resserrement du kyste; de sorte que, par ces deux causes, l'hydatide qui remplissait toute la poche est forcée de revenir sur elle-même en se pliant assez régulièrement. Pendant que cette matière jaune se transforme avec le temps en matière crétacée, les échinocoques disparaissent, dit M. Livois. Cette transformation a été appelée *transformation athéromateuse*. La matière dont elle se compose renferme du phosphate de chaux, une matière animale albumineuse, du carbonate de chaux, de la cholestérine, une matière

grasse. Dans cette dégénérescence athéromateuse, la cholestérine est le principe qui se rencontre le plus souvent. On trouve parfois dans ces kystes dégénérés de l'hématoïdine (cristaux rouges, Cruveilhier). La matière athéromateuse peut être étendue de sérosité. Dans ce cas, elle ressemble beaucoup à du pus et donne lieu à erreur. Celle qui est concrète a été prise pour du tubercule, et cette faute a fait croire à plusieurs observateurs, que les tubercules doivent leur origine à des hydatides (Kuhn, *Recherches sur les acéphalocystes, et sur la manière dont ces productions parasites peuvent donner lieu à des tubercules*, Strasbourg, 1832). Cependant entre la matière du tubercule et la matière athéromateuse il existe des différences essentielles. L'une est un produit primitif qui, en grossissant, se ramollit et tend à la destruction; l'autre est un produit secondaire de sécrétion qui tend à se concréter, à se résorber.

Ce mode de terminaison, quelque intéressant qu'il soit, n'est pas à attendre; car, d'après les statistiques, la mort arrive deux fois sur trois pour les kystes qui ne se sont pas fait jour au dehors.

Traitement.

Quoi qu'en aient dit certains auteurs, les kystes hydatiques du poumon sont curables. La thérapeutique seule n'est pas souveraine, il faut le reconnaître; cependant quand la nature la seconde, quand, par exemple, le malade se soulage par l'expectoration des hydatides, elle offre de bons secours, et facilite la guérison. C'est à ce titre que Laënnec recommande le sel commun (hydrochlorate de soude). Il l'a employé plusieurs fois avec succès, dit-il, en bains de 6 livres chacun, chez des sujets qui avaient rendu des acéphalocystes. D'autres après lui ont suivi sa méthode (*Compendium de médecine pratique,* art. Acéphalocystes). En Angleterre, on a compté quelques résultats heureux par l'iodure de potassium à l'intérieur, joint aux frictions iodées. En Islande, on applique l'électricité; la glace sur la région, siége de la

tumeur. Quand il y a inflammation, suppuration des parties environnantes, les antiphlogistiques seront indiqués: sangsues, saignées, ainsi que les émollients, cataplasmes. Mais tous ces moyens nous paraissent sinon insuffisants, du moins simplement palliatifs dans la majorité des cas. Il en est de même des frictions mercurielles, des applications narcotiques, des onctions opiacées et belladonées. Il faut nécessairement en venir au traitement chirurgical. Pour pouvoir en appliquer sagement les diverses méthodes, une remarque est importante à faire.

Dans les kystes hydatiques des poumons, ou il y a adhérence des feuillets viscéral et pariétal de la plèvre, ou non.

Dans le premier cas on pourra sans crainte provoquer l'évacuation du contenu de la tumeur. A cet effet, nous voyons, en première ligne, employer la ponction simple avec le trocart ordinaire, assez bien calibré cependant pour que sa canule livre passage facile aux flocons albumineux du liquide. Pour éviter tout embarras, nous préférerions agir comme JOBERT DE LAMBALLE, et laisser la canule en place pendant vingt-quatre heures, pour déterminer des adhérences, s'il n'en existait pas déjà.

C'est encore à JOBERT DE LAMBALLE que l'on doit la *Méthode des ponctions successives*, qui a pour but de diminuer graduellement le volume de la tumeur, de laisser au kyste le temps de revenir sur lui-même, et aux organes comprimés celui de reprendre peu à peu leur situation normale.

L'incision a été pratiquée, lorsque le kyste hydatique paraissait d'un volume considérable, et repoussait en dehors les côtes, avec forte saillie. (Observation de FRÉTEAU, déjà citée.)

Dans le second cas, quand on aura lieu de soupçonner qu'il ne s'est pas formé encore d'adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, on aura recours à une des méthodes suivantes : La première, nous l'empruntons à M. RÉCAMIER, qui l'a plusieurs fois appliquée avec succès. On place sur le milieu de la saillie que forme le soulèvement des

côtes, dans l'espace intercostal le plus effacé, un large morceau de pierre à cautère. On fend l'escharre qui se forme, puis on fait une deuxième et même une troisième application du caustique, jusqu'à ce que, les tissus successivement détruits, l'action de la potasse, étendue à la séreuse, ait déterminé l'inflammation locale des feuillets contigus de cette membrane. Enfin, un point des parois du kyste est mortifié et livre passage au contenu de l'hydatide dont on favorise la sortie par des injections. Mais avant tout il faudra bien examiner la constitution du sujet, les complications qui pourraient exister et l'ancienneté de la maladie.

La deuxième est de M. Bégin. Il évite le caustique et procède par une simple dissection des tissus, couche par couche. Il panse à plat. La séreuse s'enflamme par le contact de l'air. Le kyste a contracté des adhérences avec les bords de la plaie. C'est alors, au bout de deux ou trois jours au moins, qu'on y plonge le bistouri. Le liquide évacué, on introduit dans l'intérieur une mèche de linge effilé, et l'on panse avec des plumasseaux de charpie.

Ces deux méthodes sont très-périlleuses. Elles ont été suivies surtout dans le traitement des tumeurs hydatiques du foie. Nous conseillons, pour plus de scrupule, une dernière méthode, celle de M. Trousseau, dite *méthode de l'acupuncture multiple.* « Comme l'écoulement de quelques gouttes de liquide, dit-il, dans la cavité pleurale, peut entraîner des accidents redoutables, il faut chercher avant tout à établir sûrement des adhérences entre le kyste et les parois thoraciques. L'acupuncture multiple me paraît un excellent moyen. On la répète pendant plusieurs jours. La conséquence de ces piqûres est une inflammation adhésive, solide, qui permet, au bout de huit ou dix jours, d'ouvrir largement le kyste avec un bistouri ou un gros trocart, et de faire des injections. L'ouverture doit être assez étendue pour permettre aux débris de l'hydatide une issue facile, sans quoi on exposerait le malade à une suppuration de longue durée et à la persistance d'une fistule pulmonaire.»

C'est pour éviter ces derniers obstacles à une bonne guérison, qu'ont été proposées par le docteur Boinet des injections iodées faites tous les jours avec :

Teinture d'iode.	50 gr.
Eau distillée	50 —
Iodure de potassium . .	4 —

Si les symptômes d'iodisme viennent à se déclarer, on augmente la proportion d'eau distillée.

Les injections de bile à l'intérieur des kystes hydatiques ont été proposées (1853-1854) d'après deux considérations différentes.

1° Dans la pensée que la bile, par son contact, détruisait les hydatides, M. Leudet conseillait, dans les hydatides du foie, d'y déterminer l'afflux de ce liquide, en déchirant leurs parois avec une aiguille.

2° Reconnaissant que la bile était douée de propriétés antiseptiques, M. Voisin en fit des injections dans une tumeur hydatique du foie. Elles ne provoquèrent aucune douleur; il ne se manifesta aucun phénomène d'infection putride. Le malade succomba à une affection qui parut étrangère à la tumeur hydatique. A l'autopsie la surface interne du kyste était lisse et de très-bon aspect. Sa capacité était considérablement réduite. La propriété antiseptique de la bile avait été surtout manifeste. Claude Bernard l'avait déjà reconnue.

Récamier employait en injections, la décoction d'orge, de guimauve, l'eau tiède, la décoction de quinquina, le vin, l'eau chlorurée, alcoolisée. Les injections iodées ne seraient pas, suivant Davaine, antiseptiques.

En résumé, lorsque le kyste se sera développé chez un enfant, ou quand on aura tout lieu de soupçonner qu'il n'est pas de date très-ancienne, que par conséquent ni les adhérences ni la dégénérescence se seront produites, il faudra donner la préférence à la méthode de M. Trousseau.

Quand, au contraire, on présumera que la tumeur renferme une matière crétacée, athéromateuse, que ses parois sont dures, cartilagineu-

ses, adhérentes aux parois thoraciques (et il en sera généralement ainsi, quand la tumeur existera depuis longtemps et qu'elle se sera développée chez un homme déjà avancé en âge), on ponctionnera avec un trocart volumineux suivant M. JOBERT.

Nous aurions voulu mettre plus de science dans nos paroles. Nous regrettons ce manque de forces. Mais d'autres, plus savants que nous, ajouteront certainement à l'intérêt du sujet.

Vu :
Strasbourg, le 8 novembre 1866.
Le Président de la Thèse,
WIEGER.

Permis d'imprimer :
Strasbourg, le 12 novembre 1866.
Le Recteur,
A. CHÉRUEL.

QUESTIONS

POSÉES PAR LA FACULTÉ ET TIRÉES AU SORT,

En vertu de l'arrêté du Conseil de l'instruction publique du 22 septembre 1842.

1° *Anatomie normale*	De la conformation générale du thorax considéré sous le rapport respiratoire.
2° *Anatomie pathologique*	De la dilatation simple des artères.
3° *Physiologie*	Sensibilité, motilité des artères, leur influence sur la circulation.
4° *Physique médicale-hygiène* . .	De l'influence exercée sur l'économie par les boissons alcooliques.
5° *Médecine légale*	Faire connaître les propriétés physiques et chimiques, et le mode d'action des différents gaz délétères; les classer d'après l'intensité de leur action sur l'organisme.
6° *Accouchements*	La réposition du cordon ombilical prolabé est-elle facile?
7° *Histoire naturelle médicale* .	Lichens médicinaux et principes auxquels ils doivent leurs propriétés.

8° *Chimie médicale et toxicologie.* Des fonctions chimiques du foie.

9° *Pathologie et clinique externes.* Quel est le traitement rationnel de l'hydarthrose?

10° *Pathologie et clinique internes.* Du traitement du *delirium tremens.*

11° *Médecine opératoire.* . . . . . Des appareils orthopédiques relatifs aux pieds-bots.

12° *Matière médicale et pharmacie.* Quels sont les effets des fruits acides sur l'économie?